协 和 医 学 杂 志
Medical Journal of Peking Union Medical College Hospital 

·短篇报道·

# SAPHO 综合征患者合并重性抑郁障碍的危险因素

段艳平[1]，卢　洁[2]，洪　霞[1]，张伟宏[2]，李　忱[3]，姜忆南[1]

[1] 中国医学科学院　北京协和医学院　北京协和医院 [1] 心理医学科 [2] 放射科 [3] 中医科，北京 100730

通信作者：洪　霞　电话：010-69156061，E-mail：hongxia@pumch.cn

【关键词】SAPHO 综合征；抑郁障碍；危险因素
【中图分类号】R749.2+9　　【文献标志码】A



SAPHO（synovitis，acne，pustulosis，hyperostosis，osteitis）综合征即滑膜炎、痤疮、脓疱疮、骨肥厚、骨炎综合征，是一种反复损害骨、关节和皮肤的疾病，1987 年由法国免疫学家 Chamot[1] 首次提出，病因不明，存在细菌学、免疫学和遗传学等病因假设[2]，也可能与应激相关[3-4]。

SAPHO 综合征发病率低于 1/10 000[5]，尚无明确治疗方案[6]。躯体疾病合并重性抑郁障碍（major depres-sive disorder，MDD）近年逐渐受到临床医生的关注和重视[7]，目前尚无关于 SAPHO 综合征患者合并 MDD 的相关研究和报道。本研究探讨 SAPHO 综合征患者合并 MDD 的发生率和危险因素。

## 1　对象与方法

### 1.1　研究对象

研究对象为 2015 年 7 月至 10 月于北京协和医院中医科门诊或病房就诊且满足 SAPHO 综合征诊断标准的 29 例患者[8]。

入选标准：（1）满足以下 4 项条件之一即可诊断 SAPHO 综合征：①骨关节表现+聚合性痤疮和爆发性痤疮或化脓性汗腺炎；②骨关节表现+掌跖脓疱病；③骨肥厚（上胸壁、肢端骨、脊柱）伴或不伴皮肤损害。④慢性多灶复发性骨髓炎，涉及中轴或外周骨，伴或不伴皮肤损害。（2）年龄≥18 岁且≤80 岁。（3）自愿签署知情同意书。

排除标准：（1）化脓性骨髓炎、感染导致的胸部关节炎、感染导致的掌跖脓皮病、手掌和脚底过度角化症、维生素 A 缺乏导致的骨关节改变；（2）妊娠、准备妊娠及哺乳期女性；（3）神志不清、智力障碍、交流与理解障碍及不愿合作者；（4）有严重心、肝、肾等重要脏器损害者；（5）罹患恶性肿瘤者。

### 1.2　评估方法

采用简明国际神经精神访谈（mini-international neuropsychiatric interview，MINI）5.0.0（2004）中文版诊断 MDD，汉密尔顿抑郁量表（Hamilton depres-sion rating scale，HDRS）17 项版本用于评估抑郁严重程度。将患者分为 MDD 组和非 MDD 组。

研究方案通过北京协和医院伦理委员会审核，所有入选患者签署知情同意书（伦理审核标号：ZS-944）。

### 1.3　统计学处理

采用 SPSS 17.0 统计软件对数据进行统计分析，符合正态分布的计量资料用均数±标准差表示，不符合正态分布的计量资料用中位数（四分位数间距）表示，计数资料采用百分比进行描述。符合正态分布的计量资料统计分析采用独立样本 $t$ 检验，不符合正态分布的计量资料统计分析采用非参数检验，计数资料统计分析采用 Fisher 确切概率法。$P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2　结果

### 2.1　两组患者临床特点

MINI 评估结果显示，29 例患者中 16 例（55.2%，16/29）符合 MDD 诊断标准，其中 9 例（31.0%，9/29）处于 MDD 发作期；13 例（44.8%，13/29）未合并 MDD（表 1）。

基金项目：首都医学发展科研基金（2009-3003），北京协和医院院内基金（pumch-2013-137）

 

表 1　29 例 SAPHO 综合征患者心理疾病状况

| 心理疾病 | 人数（$n$） | 比例（%） |
|---|---|---|
| 抑郁障碍 | 16 | 55.2 |
| 复发性抑郁障碍 | 3 | 10.3 |
| 现患抑郁障碍 | 9 | 31.0 |
| 既往抑郁障碍 | 10 | 34.5 |
| 伴忧郁特征 | 3 | 10.3 |
| 伴自杀观念 | 2 | 6.9 |
| 焦虑障碍 | 5 | 17.2 |
| 现患惊恐障碍 | 1 | 3.4 |
| 广场恐惧症 | 2 | 6.9 |
| 社交恐惧症 | 1 | 3.4 |
| 强迫性障碍 | 1 | 3.4 |
| 广泛性焦虑障碍 | 2 | 6.9 |
| 双相情感障碍 | 3 | 10.3 |
| 既往轻躁狂 | 3 | 10.3 |
| 现患躁狂/轻躁狂 | 0 | 0 |
| 既往躁狂 | 0 | 0 |
| 任何一种精神障碍 | 18 | 62.1 |
| ≥2 种精神障碍 | 8 | 27.6 |

根据 HDRS 总分显示 9 例（31.0%，9/29）无抑郁症状，13 例（44.8%，13/29）轻度抑郁症状，4 例（13.8%，4/29）中度抑郁症状，3 例（10.3%，3/29）重度抑郁症状。

通过比较 MDD 和非 MDD 两组患者的人口学特征，结果提示年龄、起病年龄、首发症状具有统计学差异（$P<0.05$，表 2）。

### 2.2　合并重性抑郁障碍的危险因素分析

将上述结果中存在统计学差异的年龄、起病年龄、首发症状等项目进行多因素分析，仅首发症状是 MDD 发生的独立危险因素（$P<0.05$），结果详见表 3。

## 3　讨论

本研究提示，SAPHO 综合征患者近 1/4 可能合并中重度抑郁症状，其危险因素可能与首发症状顺序有关，皮疹先于关节症状的患者发生 MDD 的可能性较低。SAPHO 综合征患者中 63.5%会出现皮疹[9]，但至少 15.0%的成年患者从未出现皮疹[10]，其病理机制很难解释。SAPHO 综合征的分型尚不明确，可能某种类型的 SAPHO 综合征更容易合并 MDD，或者 MDD 可能是 SAPHO 综合征患者在某个病程阶段的症状之一，这些问题的解答需要进一步研究和探讨。

表 2　29 例 SAPHO 综合征患者人口学资料及临床特点

| 项目 | MDD 组（$n$=16） | 非 MDD 组（$n$=13） | $P$ 值 |
|---|---|---|---|
| 性别［$n$（%）］ | | | 0.066# |
| 男 | 5（31.3） | 9（69.2） | |
| 女 | 11（68.7） | 4（30.8） | |
| 年龄（$\bar{x}\pm s$，岁） | 49±9 | 40±14 | 0.045* |
| 婚姻状况［$n$（%）］ | | | 0.344# |
| 已婚 | 12（75.0） | 10（76.9） | |
| 未婚 | 0（0） | 2（15.4） | |
| 丧偶或离异 | 1（6.3） | 0（0） | |
| 未回答 | 3（18.7） | 1（7.7） | |
| 居住状况［$n$（%）］ | | | 0.483# |
| 独居 | 2（12.5） | 1（7.7） | |
| 与父母同住 | 2（12.5） | 4（30.8） | |
| 与配偶同住 | 8（50.0） | 5（38.5） | |
| 未回答 | 4（25.0） | 3（23.1） | |
| 病程［$M$（$Q$），月］ | 17（1~156） | 11（2~85） | 0.577† |
| 起病年龄（$\bar{x}\pm s$，岁） | 45±9 | 34±13 | 0.012* |
| 首发症状（皮疹与关节症状出现的先后顺序）［$n$（%）］ | | | 0.027# |
| 皮疹在前 | 5（31.3） | 9（69.2） | |
| 同时出现 | 7（43.7） | 1（7.7） | |
| 皮疹在后 | 4（25.0） | 1（7.7） | |
| 无皮疹 | 0（0） | 1（7.7） | |
| 未回答 | - | 1（7.7） | |

#Fisher 确切概率法分析；* 独立样本 $t$ 检验；† 非参数检验；MDD：重性抑郁障碍

表 3　29 例 SAPHO 综合征患者合并 MDD 危险因素多因素分析

| 变量 | $B$ 值 | $SE$ 值 | Wald 值 | $P$ 值 | Exp（B） |
|---|---|---|---|---|---|
| 年龄 | −0.029 | 0.109 | 0.069 | 0.793 | 0.972 |
| 起病年龄 | 0.179 | 0.127 | 1.964 | 0.161 | 1.195 |
| 首发症状（皮疹与关节症状出现的先后顺序） | 1.40 | 0.708 | 3.909 | 0.048 | 4.055 |
| 常量 | −6.663 | 2.857 | 5.439 | 0.020 | 0.001 |

MDD：同表 2

本研究样本量较少，所得出的阶段性结论需扩大样本量进一步验证。

总之，SAPHO 综合征患者合并 MDD 较为常见，约 1/4 患者为中重度抑郁症状，皮疹与关节症状的发生先后可能与合并 MDD 的关系较大，值得引起临床医生和研究人员的思考和关注。

## 参 考 文 献

[1] Chamot AM, Benhamou CL, Kahn MF, et al. Acne-pustulosis-hyperostosis-osteitis syndrome. Results of a national survey. 85 cases [J]. Rev Rhum Mal Osteoartic, 1987, 54: 187-196.

[2] Hayem G. Valuable lessons from SAPHO syndrome [J]. Joint Bone Spine, 2007, 74: 123-126.

[3] Orion E, Brenner S. Stress-induced SAPHO syndrome [J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 1999, 12: 43-46.

[4] Wohl Y, Bergman R, Sprecher E, et al. Stress in a case of SAPHO syndrome [J]. Cutis, 2003, 71: 63-67.

[5] Govoni M, Colina M, Massara A, et al. SAPHO syndrome and infections [J]. Autoimmun Rev, 2009, 8: 256-259.

[6] Lakshmi DB, Narasimha R. SAPHO syndrome with acne fulmonans and severe polyosteitis involving axial skeleton [J]. Indian Dermatol Online J, 2016, 7: 414-417.

[7] Lapteva L, Nowak M, Yarboro CH, et al. Anti-N-methyl-D-aspartate receptor antibodies, cognitive dysfunction, and depression in systemic lupus erythematosus [J]. Arthritis Rheum, 2006, 54: 2505.

[8] Chen L, Yuzhi Z, Nan W, et al. Synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis and osteitis syndrome: a single centre study of a cohort of 164 patients [J]. Rheumatology, 2016, 55: 1023-1030.

[9] Govoni M, Colina M, Massara A, et al. SAPHO syndrome and infections [J]. Autoimmun Rev, 2009, 8: 256-259.

[10] Duan N, Chen X, Liu YK, et al. Multimodal imaging findings of SAPHO syndrome with no skin lesions: a report of three cases and review of the literature [J]. Exp Ther Med, 2016, 12: 2665-2670.

（收稿日期：2017-02-10）